

How Motivational Interviewing emerged

Lezing van William R. Miller

Maarten Merkx • Wencke de Wildt

Op 2 september 2005 organiseerde de sectie Verslaving van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie in Amsterdam een symposium over Motivational Interviewing (MI). William R. ('Bill') Miller, grondlegger van deze effectieve, cliënt-centerend maar ook directieve hulpverleningsmethodiek hield een publiekslezing nadat hij het eerste exemplaar van de Nederlandse vertaling van zijn boek *Motivational Interviewing* in ontvangst had genomen. Gerard Schippers, hoogleraar verslavingsgedrag en zorgevaluatie leidde de middag in met een overzicht over motiverende gespreksvoering in Nederland.

De hoge opkomst (280 professionals) is een indicatie dat motiverende gespreksvoering in ons land behoorlijk populair is.

William R. Miller begon zijn lezing met een schets van onderzoeksresultaten waaruit blijkt dat MI een effectieve interventie is bij problematisch alcoholgebruik. Er zijn inmiddels meer dan 30 gecontroleerde studies waarin MI resulteert in significant meer reductie van alcoholgebruik dan bij geen of een uitgebreidere interventie. Opvallende bevinding was dat patiënten die op een wachtlijst werden geplaatst, het gedrag vertoonden wat van een patiënt werd verlangd: wachten. Tijdens de wachtlijstperiode viel er geen verandering te constateren in drinkgedrag. Patiënten die een monitoropdracht meekregen brachten wél verandering aan in hun alcoholgebruik. Miller onderstreepte het belang van enige vorm van interventie tijdens de wachtlijstperiode, al is het maar een zelfmonitoropdracht

of het meegeven van een zelfhulpboek. Zonder dat hebben patiënten volgens hem minder kans op een positief resultaat. Wachtlijsten genoeg in de verslavingszorginstellingen om deze empirische bevinding consequenties voor de praktijk te geven, lijkt ons zo.

Vervolgens ging Miller in op de kracht van empathie. Uit onderzoek blijkt dat hulpverleners sterk verschillen in de mate waarin zij in staat of bereid zijn empathie uit te drukken in een therapeutisch contact. Hij benadrukte de correlatie tussen empathie en de behandelresultaten. Een hoge empathie is hoog gecorreleerd met reductie in drinkgedrag; empathie verklaart een substantieel deel van de variantie in behandelresultaten, ook na twee jaar. Dat bracht Miller bij de kern: confrontatie is niet werkzaam. MI draait om het ontlokken van de motieven van de patiënt voor verandering en voorkomt weerstand. De stijl van de hulpverlener, of het vermogen om de basiscondities van Rogers in de behandeling te realiseren, bepaalt de mate van succes.

Een onlangs gepubliceerde meta-analyse (Hettema, Steel & Miller, 2005) van 72 klinische studies gaf een overzicht van de effectiviteit van MI bij verschillende klachten en stoornissen. Opvallend was de lage effect size bij rokers. Predictief voor het effect van MI was volgens Miller o.a. het al dan niet gebruikmaken van een protocol binnen de studie: het werken volgens een protocol leidde tot significant minder verbetering dan wanneer in een studie geen protocol werd gebruikt. Ook predictief was de populatie waarop MI werd losgelaten: bij minderheden werden met MI betere resultaten geboekt dan bij autochtone patiënten. MI lijkt dus een mogelijkheid om culturele verschillen tussen therapeut en patiënt te overbruggen.

In het lopende onderzoek naar MI onderscheidde Miller de relationele component (Rogers, 1957) en de

Maarten Merkx (✉)

Drs. M. Merkx, psychotherapeut, is onderzoeker bij het Amsterdam Institute of Addiction Research, en De Brijder Verslavingszorg. Drs. W. de Wildt, GZ-psycholoog, is hoofd Behandeling Circuit Intensieve Behandeling van De Jellinek te Amsterdam.

technische component: het ontlocken van verandertaal en verbale commitment tot verandering. Dit onderzoek wijst uit dat MI verandertaal ontlockt en weerstand vermindert, waarbij weerstand het gebrek aan verandering voorspelt. Dat verandertaal verandering voorspelt, is vooralsnog niet goed empirisch onderbouwd. Linguïstisch onderzoek moet hier duidelijkheid geven en de vraag beantwoorden of het vooral de relationele component is die MI effectief maakt, of de technische kant. Vooralsnog was het advies van Miller om vooral te handelen in de ‘spirit’ van MI.

De rode draad in het verhaal van Miller was het natuurlijk vermogen van mensen om tot verandering te komen en dat empathie de motor is om dat te bewerkstelligen. Illustratief voor deze visie was het voorbeeld dat Miller gaf van een roker die op een regenachtige dag beseft dat hij het kopen van een pakje sigaretten belangrijker vindt dan het voorkomen dat zijn kinderen natregenen. Op dat moment kwam hij plotseling tot het inzicht dat dit geen goede afweging is en sindsdien heeft hij nooit meer gerookt. Hier vliegt Miller toch enigszins uit de bocht en wordt verslavingsproblematiek o.i. te simplistisch benaderd. Dat een verslaving zo eenvoudig te beëindigen is, strookt niet met de huidige kennis over de neurobiologische mechanismen en leerprocessen die ten grondslag liggen aan deze stoornis (Van den Brink, 2005).

Terugkijkend naar het door Miller gepresenteerde onderzoek valt op dat MI als zelfstandige interventie veelal effect sorteert bij licht problematisch alcoholgebruik, waar mensen zelf verandering in kunnen aanbrengen en dat bij ernstigere verslavingsproblematiek MI vooral inzetbaar is als voorbereidende interventie (‘MI used as a prelude to treatment’). In de discussie na zijn lezing benadrukte hij nogmaals dat andere interventies vaak nodig zijn, en deed in wezen een pleidooi voor *stepped care*. Bij het publiek bleef toch vooral het belang

van empathie hangen. En voorspelbaar, de opmerking van Miller dat je uit moet kijken met protocollen, kreeg veel weerklank onder de deelnemers. Dat is jammer, want even zoveel studies tonen aan dat juist het gebruikmaken van protocollen én je daaraan houden, tot goede behandelresultaten leidt (Bergin & Garfield, 1994). De opmerking van Miller is goed te plaatsen in het licht van zijn bevindingen dat interpersoonlijke stijl van belang is voor het behandelresultaat; iets wat volgens hem niet in een protocol te vangen is. Empathie kan niet voorgeschreven worden. Voor cognitief-gedragstherapeutische interventies ligt dat anders. Een geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie doet niet onder voor een individuele behandeling ‘op maat’ (Visser, 1996).

Enige nuancerings is dus op zijn plaats. MI kan bij lichte problematiek (‘gewoontegedrag’) een voldoende interventie voor verandering zijn. Bij zware verslavingsproblematiek is MI als goede voorbereiding op de behandeling essentieel, maar niet voldoende om deze complexe stoornis te behandelen. Andere evidence-based behandelmethoden, zoals cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie, zijn noodzakelijk om verandering te bewerkstelligen. Gelukkig zijn in Nederland daartoe goede protocollen voorhanden.

Literatuur

- Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley & Sons.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Brink, W. van den (2005). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving*, 1, 3-14.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Visser, S. (1996). Behandelprotocollen: karikaturen en praktijk. *Gedragstherapie*, 29, 267-288.